

# EPISIOTOMIA SOB O PONTO DE VISTA DA GESTANTE

## EPISIOTOMY IN THE PREGNANT WOMAN'S POINT OF VIEW

Ana Luísa Teixeira Costa<sup>1\*</sup>, Ingrid Aparecida Pereira César<sup>1</sup>, Catarina Rodrigues da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Curso de Enfermagem, FUNVIC/Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, SP.

<sup>2</sup> Professora Mestre, Curso de Enfermagem, FUNVIC/Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, SP.

\*Correspondência: [analuisatc@gmail.com](mailto:analuisatc@gmail.com)

RECEBIMENTO: 10/07/16 - ACEITE: 09/08/16

### Resumo

A episiotomia consiste em um ato cirúrgico realizado no parto vaginal para facilitar a saída do feto, porém, se realizada sem um verdadeiro consentimento da parturiente, o ato caracteriza violência obstétrica. O objetivo do trabalho foi identificar o conhecimento de um grupo de gestantes do interior paulista em relação à prática da episiotomia, indicações e possíveis complicações. Trata-se de estudo descritivo, transversal e quantitativo, composto por gestantes, em uma unidade básica de saúde. Foi realizada a aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas, de agosto a setembro de 2015. Os aspectos éticos foram assegurados e o projeto aprovado pelo CEP. Participaram da pesquisa 25 gestantes tendo como critério de inclusão escolha por parto vaginal, ser nulípara e maior de idade. Quanto a ter conhecimento sobre episiotomia, 19 referiram que conheciam. Dentre as que já ouviram falar: nove por intermédio de amigas, quatro por familiares, três no ambiente de trabalho, três por meio de mídia e duas na faculdade. Oito gestantes relataram as indicações: facilitar a passagem do bebê (n=2), ter pouca dilatação (n=2), em todos os partos normais (n=3) e evitar lacerações em primíparas (n=1). Quatro pontuaram as complicações: infecção (n=3), dor (n=1), demora na recuperação pós-parto (n=1), risco de lesionar se realizar o procedimento no local errado (n=1), gerar complicações, por não se tratar de um procedimento natural (n=1). Concluiu-se que 76% ouviram falar, 32% citaram indicações e 16% citaram complicações. A informação é fator essencial na opção por tomadas de decisão conscientes, mas para tal é necessário estar norteada.

Palavras-chave: Episiotomia. Educação em saúde. Violência.

### Abstract

The episiotomy consists in a surgical procedure performed in the vaginal delivery to facilitate removal of the fetus, however, if performed without a real consent of the patient, the act characterizes an obstetrical violence. The objective of this study was to identify the knowledge of a group of pregnant women in the interior of São Paulo in relation to the practice of episiotomy, indications and possible complications. This is a descriptive study, cross-sectional and quantitative, composed by pregnant women, in a basic health unit. It was held the application of a questionnaire with open and closed questions, from August to September 2015. The ethical aspects were assured and the project approved by the CEP. The participants were 25 pregnant women having as inclusion criterion choice for vaginal delivery, be in the first pregnancy and have at least 18 years of age. In relation to have knowledge about episiotomy, 19 reported that they knew. Among those who have already heard: nine through friends, four per family, three in the work environment, three through media and two in college. Eight patients reported the indications: to facilitate the passage of baby (n=2), have little dilation (n=2), in all normal deliveries (n=3) and avoid lacerations in first vaginal delivery (n=1). Four scored the complications: infection (n=3), pain (n=1), delay in recovery post-partum (n=1), the risk of injure if performing the procedure in the wrong location (n=1), lead to complications, by not being a natural procedure (n=1). It was concluded that 76% heard, 32% cited signs and 16% cited complications. The information is an essential factor in the choice of decision-aware, but for this it is necessary to be guided.

Keywords: Episiotomy. Health education. Violence.

## Introdução

A informação é componente essencial na opção por tomadas de decisão com sabedoria, mas para tanto é necessário estar norteado. É o fator que implica diretamente na liberdade de escolha, resultante da consciência adquirida por meio do conhecimento, que permite à gestante poder fazer a sua opção, por exemplo, escolher o que fazer com o próprio corpo.<sup>1</sup>

É por esse motivo que o pré-natal tem papel importante na admissão de gestantes, quando é realizado com o comprometimento de fornecer a elas informações claras sobre toda a evolução do trabalho de parto e procedimentos aos quais poderão ser submetidas. As ações de aproximação no cuidado humanizado, prestadas durante o pré-natal, são de extrema importância e têm como intuito orientar e prevenir o desconhecimento da cultura intervencionista.<sup>2</sup>

Estudo<sup>3</sup> demonstrou prevalecer entre parturientes uma cultura empírica, revelando que o conhecimento que possuíam sobre episiotomia era somente por intermédio de pessoas próximas, como familiares. Diante desse fato, há que se questionar: haveria entre população de gestantes do grupo estudado conhecimento científico a respeito dos procedimentos aos quais poderão ser submetidas durante o trabalho de parto? Seriam fornecidas a essas parturientes informações direcionadas por profissionais de saúde? Ou teriam somente o conhecimento básico? Ou mesmo nenhuma informação a respeito?

Historicamente, esse cenário reflete no processo do parto, que era vivenciado somente por mulheres da família e pessoas próximas, de maneira que cada mulher relatava as suas vivências como parturiente, fazendo disso uma partilha de experiências e conhecimentos da época. Essa cultura tradicionalista deve ser admirada com seriedade e respeito, porém não se pode eximir a importante intervenção do profissional de saúde que acompanha a paciente primípara, parturiente e puérpera em todos os estágios tendo, portanto, que prestar esclarecimentos sobre todas as mudanças que ocorrem no corpo da gestante, em decorrência da gestação.<sup>4</sup>

A gestação é um momento em que a mulher se encontra vulnerável devido às alterações emocionais, psicológicas e físicas que ocorrem no seu corpo, trazendo medo e ansiedade. Sentimentos esses, gerados pelo desconhecimento dos procedimentos pelos quais irá passar no momento do parto, incluindo a episiotomia, cujas informações sobre indicações e complicações devem ser fornecidas à mulher desde o pré-natal.<sup>4</sup>

A partir do século XVIII, o parto se tornou um evento de prática hospitalar, envolvendo intervenções médicas na fisiologia do processo parturitivo e passou a ser considerado, portanto, de alto grau de medicalização do corpo feminino, sendo inserido o uso de técnicas abusivas, tais como a técnica de episiotomia.<sup>5</sup> Essa técnica foi proposta pela primeira vez por Sir Fielding Ould, em 1742. Entretanto, somente em 1799, Michaelis relatou ter realizado uma incisão no períneo, sendo criado o termo em 1857 por Carl Von Braun.<sup>6</sup>

Começou a ser defendida rotineiramente pelo obstetra Pomeroy, em 1918, no seu artigo: "Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?". Outra indicação sugerida por De Lee, em 1920 foi a utilização da episiotomia médio lateral precoce diante da necessidade do fórceps profilático.<sup>7</sup>

A justificativa habitual para o uso rotineiro da episiotomia incluía a prevenção do trauma perineal severo, danos do assoalho pélvico (retocele, ruptura do esfíncter anal e prolapso genital), incontinência urinária e disfunção sexual (dispareunia e ruptura perineal) e sobretudo prevenção da morbidade e mortalidade infantil. Esse modelo foi adotado e ensinado pela obstetrícia brasileira como uma das condutas bem estabelecidas e universalmente aceitas sendo quase sempre indispensável nas primíparturientes e nas múltiparas, nas quais tenham sido anteriormente praticada.<sup>8</sup>

Durante vários anos, essa prática obstétrica foi disseminada pelas principais escolas médicas, no entanto, sem base em ensaios clínicos para se verificar sua eficácia e importância. Segundo revisão de literatura,<sup>9</sup> nos últimos anos, muitos estudos abrangendo artigos e livros evidenciaram que não há embasamento científico para sua recomendação de rotina, além disso, se as parturientes forem informadas sobre os reais benefícios e complicações provavelmente não aceitariam a realização dessa prática.

Toda parturiente deve ter acesso à informação e ao respaldo durante o período de gestação. Nesse sentido, cuidar é sinônimo de informação às pacientes, com a intenção de incentivar a autonomia na tomada de decisão e, conseqüentemente, partilhar as responsabilidades.<sup>10</sup>

Há fatores implicantes em estudo de caso<sup>11</sup> que relatou sobre várias parturientes que foram informadas do procedimento no momento da incisão cirúrgica, sem nenhum conhecimento nem mesmo embasamento referente ao ato da episiotomia. Estudos como esse reforçam a necessidade da reformulação na visão dos profissionais de saúde acerca de realizar o procedimento somente com o

consentimento da parturiente de forma esclarecida e objetiva.

Este trabalho tem como objetivo principal identificar o conhecimento das gestantes em relação à episiotomia, sobretudo a maneira como esse assunto é abordado no pré-natal, em unidades de saúde, podendo influenciar no ponto de vista e na preparação, mediante a necessidade de decisão relacionada à possível realização dessa prática.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada no setor de saúde da mulher de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior paulista. A coleta de dados ocorreu em agosto e setembro de 2015. A população de estudo foi gestantes que estavam em processo de pré-natal no setor de saúde da mulher. Para participar da pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ser gestante, ser nulípara, frequentar a unidade de ESF no período de coleta de dados, optar pela via de parto vaginal, aceitar participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com três perguntas abertas e dezesseis perguntas fechadas, elaborado pelas próprias pesquisadoras, com base na literatura da temática, e,

visando alcançar os objetivos traçados. Inicialmente foi solicitada autorização a ESF. Após aprovação do CEP foi solicitada uma lista com os nomes das gestantes à gerente da unidade de ESF. Foi realizada a abordagem, tendo sido devidamente explicados os objetivos. Caso houvesse interesse, seria apresentado o TCLE e o questionário. Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi submetido ao CEP por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o parecer de nº1120531. Foram realizadas análises descritivas por meio dos cálculos das frequências absoluta e relativa, e da medida de tendência central (média), sendo posteriormente realizadas as análises inferenciais pertinentes ao estudo.

## **Resultados**

Na unidade de atendimento de pré-natal eram atendidas, em média, 288 gestantes por mês, incluindo gestação de baixo, médio e alto risco. Foram abordadas cerca de 200 gestantes, considerando os critérios de inclusão adotados, foram incluídas 25 gestantes neste estudo. Devido ao período de coleta de dados e os critérios de inclusão, a busca por maior número de gestantes para incluir na amostra foi encerrada.

Quanto ao perfil, a maioria era cristã (92%), solteira (60%), parda (72%), tendo a maior parte das gestantes (56%) estudado até o 2º grau (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização do grupo de gestantes estudadas

Características	Frequência	
	n	%
<b>Religião</b>		
Cristã	23	92
Não cristã	01	4
Não respondeu	01	4
<b>Escolaridade</b>		
1 grau	03	12
2 grau	14	56
3 grau	08	32
<b>Estado civil</b>		
Solteira	15	60
Casada	08	32
Amasiada	01	4
Separada	01	4
<b>Cor</b>		
Parda	18	72
Branca	04	16
Preta	03	12

Quanto à renda familiar, a média foi de R\$ 1.881,20 e, em relação ao número de residentes na casa, a média foi de 3,48. A média de consultas de

pré-natal foi 6,4 consultas e a média da idade gestacional foi de 30 1/7 semanas. A média de idade das gestantes foi 25 anos (Tabela 2).

Tabela 2- Caracterização das gestantes estudadas quanto à estrutura familiar e estado gestacional

Característica	Média
Renda familiar	R\$ 1,881,20
Idade (anos)	25
Numero de pessoas residentes na casa	3,48
Idade gestacional (semanas)	30 1/7
Número de consultas de pré-natal	6,4

No que se refere a ter conhecimento sobre Episiotomia, 19 referiram já ter ouvido falar e 06 não. Dentre as que já ouviram falar, 09 por intermédio de amigas, 04 por familiares, 03 no

ambiente de trabalho, 03 por meio de mídia (internet, revistas, televisão) e 02 na faculdade (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos dados referentes a aquisição de informação sobre episiotomia

Características	Frequência	
	n	%
<b>Ouviu falar sobre episiotomia?</b>		
Sim	19	76
Não	06	24
<b>Como ouviu falar sobre episiotomia?*</b>		
Com amigas	09	47
Com a família	04	21
No trabalho	03	16
Mídia (internet, revistas, televisão)	03	16
Na faculdade	02	10

\*A gestante poderia assinalar mais de uma opção

Embora 19 tenham ouvido falar, 17 não sabiam quais eram as indicações do procedimento e oito relataram seu ponto de vista sobre as indicações de episiotomia, considerando indicado para facilitar a passagem do bebê (n=2); ter pouca dilatação (n=2); ser indicada em todos os partos normais (n=3) e evitar lacerações em primíparas (n=1) (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição dos dados referentes à indicação de episiotomia, sob o ponto de vista das gestantes estudadas do interior paulista

Características	Frequência	
	n	%
<b>Sabe as indicações de episiotomia?</b>		
Sim	08	32,0
Não	17	62,0
<b>Se sim, quais são*</b>		
Facilitar a passagem do bebê	02	25
Pouca dilatação	02	25
Indicado em todos os partos normais	03	37,5
Em partos normais, geralmente primíparas, para evitar lacerações	01	12,5

\*A gestante poderia assinalar mais de uma opção

Quanto ao conhecimento sobre as complicações da episiotomia, apenas 16% assinalaram que tinham conhecimento (Figura 1).

Dentre as 25 gestantes, quatro participantes (16%) souberam pontuar as complicações: Infecção (n=3), dor (n=1), demora na recuperação pós-parto (n=1), risco de lesionar se realizado o procedimento no local errado (n=1), gerar complicações por não se tratar de um procedimento natural (n=1). (dados não apresentados em tabela).

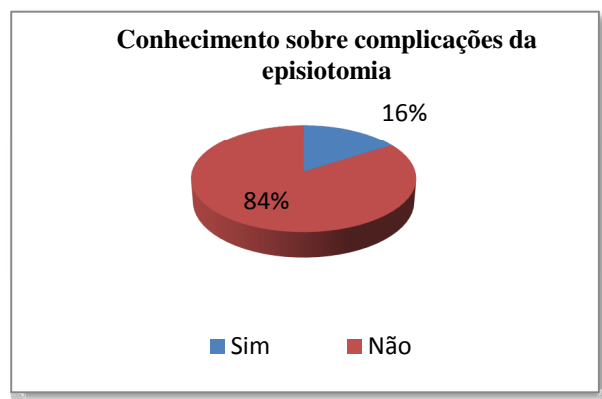


Figura 1- Distribuição dos dados do grupo de gestantes estudadas referente ao conhecimento sobre as complicações da episiotomia

conhecimento e aplicação do conhecimento, 76% ouviram falar, 32% pontuaram as indicações e 16% conheciam as complicações, como segue a figura 02 abaixo.

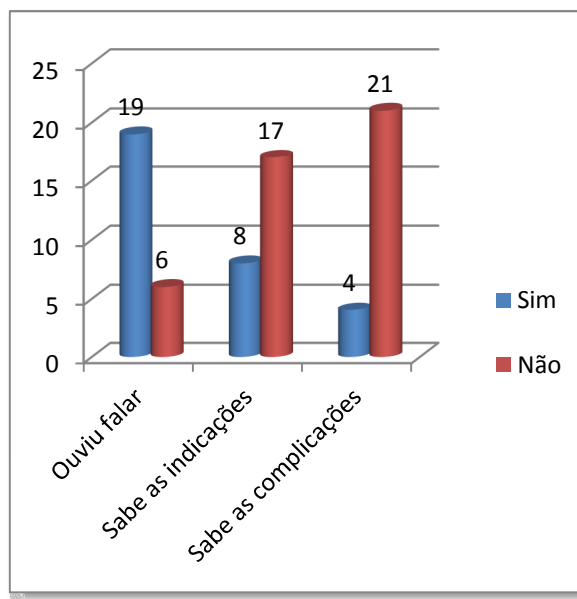


Figura 2- Comparação de respostas das gestantes sobre episiotomia

Quando perguntadas a respeito da abordagem durante o pré-natal sobre o procedimento de episiotomia na assistência ao parto às gestantes, 100% referiram que não receberam tal informação, por nenhum profissional de saúde, incluindo enfermeiro.

Ao comparar as informações, sob o ponto de vista da gestante, "conhecimento" e "saber as indicações e complicações", ou seja, ter

## Discussão

Quanto ao perfil, a maioria era cristã (92%), solteira (60%), parda (72%), com idade média de 25 anos, tendo a maior parte das gestantes (56%) estudado até o 2º grau. Quanto à renda, a média foi de R\$ 1.881,20, com média de 3,48 residentes na casa. A média de consultas de pré-natal foi 6,4 e a média da idade gestacional das respondentes foi de 30 1/7 semanas. Neme<sup>12</sup> refere que características sociodemográficas podem interferir na evolução da gestação e refere que ter acompanhante, ou seja, ser amasiada ou casada poderia influenciar na aceitação da gestação.

Sobre a etnia, a maioria das gestantes (72%) se referiu parda, demonstrando a miscigenação existente no país. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),<sup>13</sup> a população com idade até 40 anos é maior representada por pardos e pretos, confirmando os resultados apresentados no estudo, onde a idade média é de 25 anos e a maioria parda. Não foi analisado neste estudo a relação entre ter conhecimento sobre episiotomia e a etnia da gestante, dados estes apenas para caracterização da amostra.

Em se tratando de escolaridade, a maior parte (56%) chegou a concluir o nível fundamental de ensino. De acordo com o IBGE, esses indicadores mostram, de modo geral, a vulnerabilidade tanto à saúde quanto social que atinge a população feminina brasileira. O nível de escolaridade revela a importância da educação para a percepção da mulher sobre sua saúde.<sup>13</sup> Deste modo, observou-se que a mesma falta de conhecimento que requer informação advinda do profissional faz com que a gestante não tenha iniciativa de expor suas dúvidas, pois o seu conhecimento acerca do processo do parto pode ser restrito.

A idade gestacional variou de seis a 40 semanas, sendo a média da idade gestacional de 30 1/7 semanas. E, no que diz respeito às consultas de pré-natal, constatou-se que o número de consultas durante a gestação variou de uma a 11 consultas, sendo a média 6,4, o que corrobora com o recomendado pelo Ministério da Saúde.<sup>14</sup>

Dentre as participantes do estudo, 76% referiram já ter ouvido falar sobre o tema. Ao serem abordadas sobre as indicações do procedimento, 32% relataram conhecimento, sendo sob o ponto de vista da maioria das participantes indicada em todos os partos normais.

Em estudos atuais não se tem esclarecidos quais as reais indicações para a realização da episiotomia, pois até mesmo partos instrumentais podem ser realizados sem essa intervenção, já que a

mesma provoca aumento das lacerações graves do períneo, podendo comprometer até a função anal.<sup>15</sup>

Outra indicação que foi difundida para justificar a prática da episiotomia é a proteção do períneo no período expulsivo. Acreditava-se que o corte evita a ruptura do assoalho pélvico, mas na realidade, a prática por si só gera uma lesão de 2º, 3º ou 4º grau.<sup>16</sup>

As indicações relacionadas ao feto incluem proteção cranial, prematuridade, parto pélvico e redução de complicações na distocia de ombros, porém, existem poucos estudos que apoiam essas alegações.<sup>17</sup> De acordo com Amorim e Katz,<sup>18</sup> a distocia de ombros é um problema na desproporção dos ombros fetais com a pelve óssea e não com o períneo materno sendo portanto, dispensável o uso da prática.<sup>19</sup> Em relação à prematuridade, não existem evidências de que a prática de episiotomia seja necessária para prevenção de tocotraumatismos fetais.<sup>9,20-22</sup>

No parto pélvico tampouco existem ensaios clínicos randomizados que comprovem a necessidade de episiotomia e mesmo a complicação de cabeça derradeira, não se associa a desproporção com o períneo. A Organização Mundial de Saúde somente recomenda a intervenção no parto pélvico se o períneo é muito rígido.<sup>23</sup>

A crença de que o corpo feminino é defeituoso e depende de intervenções médicas para parir tem sido ensinada até os dias atuais, explicando o aumento das taxas de episiotomia em pleno século XXI. Muitos obstetras continuam realizando o procedimento impulsionados por alguns conceitos ultrapassados de que a episiotomia previne lacerações perineais graves e/ou seria benéfica para os conceptos.<sup>24</sup>

O American College of Obstetricians and Gynecology (ACOG) estabeleceu em seu *Practical Bulletin* (abril de 2006)<sup>16</sup> que o uso da episiotomia deve ser restrito e que os médicos devem usar seu raciocínio clínico para decidir quando o procedimento é realmente necessário. Essa recomendação deve-se ao fato de não existirem evidências clínicas corroborando qualquer indicação de episiotomia. Diante disto, percebeu-se que as mulheres recebem informações erradas e sem qualquer embasamento científico a respeito do assunto, visto que a maioria delas ouviu falar através de outras pessoas, que não o profissional da saúde.

É importante ressaltar que a episiotomia, mesmo se tratando de um procedimento cirúrgico, é uma intervenção realizada rotineiramente sem o consentimento da mulher, podendo lhe causar complicações para o resto da vida. Desse modo é necessário que a decisão para a realização do procedimento deva sempre ser compartilhada com a gestante.<sup>25</sup>

Quanto às complicações, as mulheres não souberam ao certo citar. Dentre as poucas que argumentaram, citaram: Infecção (n=3); Dor (n=1), demora na recuperação pós-parto (n=1), risco de lesionar se realizado o procedimento no local errado (n=1), gerando complicações por não se tratar de um procedimento natural (n=1). Na literatura<sup>25</sup> consta como sendo extensão de lesão, hemorragia, dor, edema, infecção, hematoma, dispareunia, lesões de 3º e 4º grau, deiscência, abscesso, incontinência urinária, fecal e de gases, lesão do nervo pudendo, fascíte necrosante e, embora rara, endometriose da episiorrafia e morte.

Uma das complicações citadas pelas mulheres em concordância com a literatura é a laceração. A localização das lacerações é variável. Aquelas que ocorrem na região anterior do períneo envolvem clitóris, lábios e região vestibular, enquanto na região posterior, podem atingir a parede vaginal, a fúrcula e a musculatura perineal e anal. Em geral, as lacerações na região anterior estão associadas a menos morbidade e menos necessidade de sutura, enquanto na região posterior ocorrem mais complicações como hematomas, fístulas, lesões do esfíncter anal e da mucosa retal.<sup>26</sup>

A incisão da episiotomia, quando necessária, pode ser lateral, médio-lateral e mediana. Sendo a lateral contra indicada por causar extensas lesões no músculo elevador do ânus. Porém em alguns casos a médio-lateral é a mais utilizada, enquanto a incisão mediana é considerada de maior facilidade de sutura e menor associação com algia no pós-parto e dispareunia. Contudo, é mais relacionada com lacerações do 3º e 4º graus.<sup>8</sup>

O atendimento humanizado durante o pré-natal deve estar baseado no respeito ao princípio de que o parto é um evento fisiológico, no qual deve haver participação ativa da mulher.<sup>27</sup>

Para que haja autonomia da mulher sobre seu poder de decisão é necessário haver transmissão de informações não somente relacionado ao período de gestação e parto, como também sobre seu direito de escolha em aceitar ou não o procedimento.<sup>28</sup>

Identificou-se neste estudo que durante as consultas de pré-natal 100% das mulheres não receberam informações a respeito da episiotomia por nenhum profissional da saúde, tampouco conheciam, de fato, as indicações e complicações que o procedimento pode causar, mostrando que provavelmente os profissionais não se preocupavam em prestar esclarecimentos sobre a utilização da mesma.

Ao comparar as informações relacionadas a ter conhecimento e aplicação do conhecimento, observou-se também que 16% souberam apontar as complicações resultantes do procedimento.

Deste modo, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam dispostos a discutir sobre esta intervenção durante o pré-natal, permitindo a participação da mulher durante todo o processo e, tornando-a protagonista do seu parto.<sup>29</sup>

A introdução de práticas que visam proteger o períneo, tais como posições não litotômicas no período expulsivo, massagem perineal,<sup>30-31</sup> prática seletiva de episiotomia<sup>32</sup>, manejo como *hands-on* e *hands-off*<sup>33</sup> e uso seletivo de ocitocina<sup>34</sup> poderia contribuir para aumentar as taxas de integridade perineal e reduzir o número de episiotomia. Entretanto, a adoção dessas práticas exige mudanças no modelo de cuidado e na formação dos profissionais responsáveis pela assistência obstétrica.

Fahami et al.<sup>35</sup> realizaram um estudo com primíparas no qual consideraram que a técnica *Hands-off* (restrição da manipulação do períneo) foi associada a uma menor taxa de trauma perineal. A restrição da manipulação perineal durante o período expulsivo previne as lacerações perineais e a episiotomia, bem como, contribui para a vivência do parto vaginal fisiológico associado à maior satisfação da mulher.

Acredita-se que a mudança de conduta dos profissionais de saúde irá contribuir para a melhora da qualidade do atendimento do pré-natal resultando em uma assistência mais humanizada.<sup>36</sup>

Em relação à abordagem, fica a dúvida: “Será que a ESF realizava reuniões de gestantes para abordar o assunto?”. Nota-se ainda a necessidade de implantar medidas de treinamentos, por meio de programas de educação continuada para os profissionais, permitindo discussões e buscando novas estratégias de ensino.

É necessário que o profissional de saúde reveja o atendimento à gestante durante o pré-natal, de modo a prestar orientações consistentes sobre as possíveis intervenções que podem ocorrer no momento do parto e evidenciar sua autonomia diante de seu próprio corpo. Assim como buscar meios de atualização baseados em evidências, que auxiliem na realização de grupos de gestantes, como forma de conscientizá-las de sua escolha, contribuindo, assim, para a diminuição da frequência com que a episiotomia é realizada.

## Conclusão

A literatura já deixa evidente que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira e que seu uso se daria em situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço. Embora 76% da amostra tenham afirmado ter conhecimento sobre episiotomia, a insegurança nas respostas assinala para a necessidade de

esclarecimentos e informações para que a gestante possa decidir se aceita e mesmo possa fazer valer sua decisão de não aceitar a realização da episiotomia.

### Referências

- Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. Esc Enferm USP*. 2006;40:274-9.
- Progianti JM, Vargens OMC, Porfirio AB, Lorenzoni DP. A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm*. 2006;10:266-72.
- Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev. Bras Enferm*. 2007;60:197-201.
- Santos LM, Lopes DM, Santana RCB, Leal SR. O conhecimento e a participação das puérperas nas decisões referentes a episiotomia. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Trabalho. 2011;584. 5001-5015.
- Cecagno S, Almeida FDO. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX em uma ótica cultural. *Texto Contexto Enf*. 2004;13:409-13.
- Schoon PG. Episiotomy: yea or nay. *Obstet Gynecol Surv*. 2001;56(11):667-9.
- De Lee JB. The prophylactic fórceps operation. *Am J Obstet Gynecol*. 1920;1:34-44.
- Rezende J. *Obstetricia*. 10.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. *Obstetricia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica*. P. 1-27.
- Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: na interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv*. 1983;38(6):322-38.
- Quitete JB, Vargens OMC. O poder do cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? *Rev. Enferm. UERJ*.2009;17:315-20.
- Melo Junior EF, Lima MC, Freire S. Fatores associados à realização seletiva da episiotomia em hospital universitário. *Rev. Ciênc. Méd*. 2006; 15:95-101.
- Neme B. *Obstetrícia Básica*. 2 ed. São Paulo; 2000.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em: 03 de nov 2015] Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pinad2009/pinad-sintese-2009.pdf>.
- Ministério da Saúde – Manual técnico - Pré-natal e puerpério – Atenção qualificada e humanizada. Série A – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília – DF 2006. [acesso em: 03 de Nov de 2015] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)
- Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG* 2008;115(13):1695-702.
- American College Of Obstetricians - Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician - Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol*.2006;107(4):957-62.
- Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG*. 2008;115(13):1688-94.
- Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Rev. Femina*. 2008;36(1):47-54.
- Gherman RB, Gonik B. Shoulder dystocia. In: Sciarra JJ, ed. *Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins; 2003.
- Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1999; 26:305-25.
- Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I and II. *Obstet Gynecol Surv*. 1995;50:821-35.
- Visco P, Tocca A, Russo PL. Episiotomy: clinical, technical and psychological aspects. *Minerva Ginecol*. 1996;48:39-43.
- World Health Organization (WHO). Managing complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. 2007:1-23.
- Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. University of California Press. 1993:382.
- Zanetti MRD, Patricelli CD, Alexandre SM, Torloni MR, Nakamura MU, Sass N. Episiotomia: revendo conceitos. *Rev Femina*. 2009;37(7):368-71.



26. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
27. Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery. Rev Enferm.* 2008;12(1):45-9.
28. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais da saúde e mulheres. *Esc Anna Nery. Rev Enferm.* 2008;12(4):645-50.
29. Lopes DM, Bonfim AS, Sousa AG, Reis LSO, Santos LM. Episiotomia: sentimientos y repercusiones vivenciadas por las puerperas. *R pesq. cuid. fundam. online.* 2012;4(1):2623-35.
30. Karacam Z, Ekmen H, Calisir H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care Women Int.* 2012;33(8):697-718.
31. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2000;95(3):464-71.
32. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD000081.
33. Aasheim V, Vika Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD006672.
34. Leeman L, Fullilove AM, Borders N, Manocchio R, Albers LL, Rogers RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth.* 2009;36(4):283-8.
35. Fahami F, Shokoohi Z, Kianpour M. The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2012;17(1).
36. Costa NM, Oliveira LC, Solano LC, Martins PHMC, Borges IF. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. *Fasceme/Famene.* 2011;9(2).